



CH-3003 Bern
BAG

An die KVG-Versicherer,
ihre Rückversicherer und die
Gemeinsame Einrichtung KVG

Referenz/Aktenzeichen: 515.0000-2/6
Unser Zeichen: PHE
Bern, den 9. Dezember 2019

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne informieren wir Sie über folgende Themen:

1	Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und der Verordnung über die Krankenversicherung auf den 1. Januar 2020	2
2	Weitere Verordnungsänderungen auf den 1. Januar 2020	2
3	Veröffentlichung der Prämien nach Artikel 28 KVAV	5
4	Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt.....	5
5	Ansprüche aus der europäischen Krankenversicherungskarte	6
6	Neues internationales Sozialversicherungsabkommen.....	6

1 Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und der Verordnung über die Krankenversicherung auf den 1. Januar 2020

Pflicht zur Weitergabe von Vergünstigungen: Möglichkeit einer Vereinbarung zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zuständige Aufsichtsbehörde

Die Pflicht zur Weitergabe von Vergünstigungen ist bereits im Gesetz verankert. So sind die Leistungserbringer verpflichtet, dem Schuldner der Vergütung (Versicherer oder Versicherte) die direkten oder indirekten Vergünstigungen weiterzugeben, die ihnen gewährt wurden (Art. 56 Abs. 3 KVG). Ab dem 1. Januar 2020 können Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass die Vergünstigungen nicht vollumfänglich weitergegeben werden, sofern mehr als 50 % dieser Vergünstigungen dem Schuldner der Vergütung zukommen und die nicht weitergegebenen Vergünstigungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt werden (neuer Art. 56 Abs. 3^{bis} KVG). Künftig übernimmt das BAG die Aufgabe, die Einhaltung der Weitergabepflicht zu kontrollieren und zu überwachen (neue Art. 82a und 92 Abs. 1 Bst. d KVG; AS 2017 2782, <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2017/2745.pdf>). Die technischen Aspekte wurden auf Verordnungsebene geregelt (neue Art. 76a–76c KVV; AS 2019 1400, <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2019/1395.pdf>).

2 Weitere Verordnungsänderungen auf den 1. Januar 2020

2.1 Änderung der Verordnung über die Prämienregionen

Die Revision der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über die Prämienregionen vom 25. November 2015 (SR 832.106) wurde am 30. August 2019 verabschiedet und wird per 1. Januar 2020 in Kraft treten (AS 2019 2839, <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2019/2839.pdf>).

Sie erfasst die Aktualisierung der Gemeinden im Anhang gemäss dem amtlichen Gemeindeverzeichnis des Bundesamtes für Statistik. Es wurden sämtliche Gemeindefusionen berücksichtigt, welche bis Juni 2019 durch die kantonalen Behörden genehmigt wurden und im Verlauf des Jahres 2019 in Kraft getreten sind oder per 1. Januar 2020 in Kraft treten werden.

2.2 Verordnung des EDI über die Preisniveauidizes und die Durchschnittsprämien 2020 für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen

Wie in den Vorjahren hat das EDI diese Verordnung (SR 832.112.51) für das Jahr 2020 mit Inkrafttreten auf den 1. Januar 2020 erlassen. Der Verordnungstext wurde den Kantonsregierungen per Mail zugeschickt. Sie finden ihn auch in der Amtlichen Sammlung.

2.3 Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung

Am 1. Januar 2020 tritt die totalrevidierte Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; 832.112.1) in Kraft (AS 2016 4059). Mit dem neuen Indikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG) entstehen keine negativen Kostenanreize. Es werden neu die «richtigen» Versicherten, nämlich Personen, deren Arzneimittelbedarf auf teure chronische Krankheiten schliessen lässt, erfasst und die Versicherer mit solchen Versicherten differenzierter entlastet.

Der Indikator PCG wird erstmals bei der Datenlieferung und der Berechnung für den Risikoausgleich 2020 angewandt. Für die Datenlieferung der Versicherer an die gemeinsame Einrichtung (GE) im Jahr 2020 für den Risikoausgleich 2019 und für die Berechnung des Risikoausgleichs 2019 gilt noch das bisherige Recht.

Im Hinblick auf die Einführung des Indikators PCG wird die GE in der ersten Hälfte des Jahres 2020 einen dritten Probelauf durchführen und damit den neuen Risikoausgleich bereits für das Ausgleichsjahr 2019 simulieren. Massgebend zur Berechnung hierfür sind die Versichertenbestände des Jahres 2019 sowie die Leistungen des Jahres 2018. Die GE benötigt die Datenlieferung der Versicherer bis zum 31. März 2020 und wird die Resultate des Probelaufs spätestens bis zum 31. Mai 2020 zur Verfügung stellen. Nähere Angaben zur Durchführung erfolgen durch die GE. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) empfiehlt allen Versicherern an diesem letzten Probelauf teilzunehmen.

Eine weitere Revision der VORA ist in Bearbeitung. Vorgeschlagen werden u.a. Anpassungen von Fristen für die Datenlieferungen, die Information der Versicherer betreffend den Risikoausgleich des Vorjahres und die Herausnahme aus dem Risikoausgleich der Versicherten mit unbekannter Adresse (Motion 17.3311 «Phantome aus dem Risikoausgleich entfernen») und eine Ergänzung bei den Voraussetzungen für die Einteilung in eine PCG. Eine informelle eingeschränkte Anhörung bei den Versicherern ist im ersten Quartal 2020 geplant.

2.4 Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung

Am 14. Oktober 2019 hat das EDI die Verordnung über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI; SR 832.112.11) erlassen (AS 2019 3415). In dieser Verordnung sind die Hierarchisierungen unter den PCG, die Mindestanzahl Tagesdosen (DDD), die zu einer Einteilung in eine PCG führt und die Berechnung des Teuerungsfaktors festgehalten. Sie tritt auch am 1. Januar 2020 in Kraft.

Im Anhang dieser Verordnung hat das EDI die PCG-Liste erlassen. Diese ist nur in elektronischer Form auf der Internetseite des BAG veröffentlicht. Der medizinische Fortschritt führt jedes Jahr zu zahlreichen Veränderungen in der Spezialitätenliste. Noch vor der Berechnung des Risikoausgleichs 2020 werden deshalb auf der PCG-Liste die Arzneimittel und Wirkstoffe aktualisiert. Wir sehen vor, im Herbst 2020 die Versichererverbände zur Stellungnahme zu einem Entwurf einzuladen (eingeschränkte informelle Anhörung).

2.5 Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen

Die Revision der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG: SR 832.112.5), tritt per 1. Januar 2020 in Kraft.

Zunächst war eine terminologische Anpassung erforderlich: Der Ausdruck «Europäische Gemeinschaft» wurde durch «Europäische Union» ersetzt. Folglich ändert sich auch die Abkürzung der Verordnung (VPVKEU).

Um potenziellen Bezügerinnen und Bezüger eine transparentere Information zu gewährleisten, wurde die Berechnung des Einkommens präzisiert, das für den Anspruch auf Prämienverbilligungen massgebend ist, und gewisse Abzüge wurden ausdrücklich aufgeführt. Diese Änderung entspricht der aktuellen Praxis der GE, die für die Durchführung der Prämienverbilligungen zuständig ist.

Des Weiteren wird künftig der Devisenkurs der Eidgenössischen Zollverwaltung angewandt, um das Vermögen und das berücksichtigte Einkommen der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen in Schweizer Franken zu berechnen.

Die Bestimmungen zum Beginn und Erlöschen des Anspruchs auf Prämienverbilligungen mussten infolge einer Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Teilbarkeit der Krankenversicherungsprämie (BGE 9C_268/2015) ebenfalls geändert werden. Zudem wurde präzisiert, dass die GE den Betrag der

Prämienverbilligungen in diesen Fällen taggenau berechnet und ihn dem Versicherer und der versicherten Person mitteilt.

Schliesslich wurde der Artikel zur Rückerstattung von unrechtmässig bezogenen Prämienverbilligungen geändert. Da die GE den jährlichen Betrag der Prämienverbilligungen für jeden Rentner und jede Rentnerin direkt an den Versicherer auszahlt, ist es zweckmässig, die Rückerstattung beim Versicherer einzufordern, was der revidierte Artikel nun vorsieht. Wenn ein Rentner oder eine Rentnerin keinen Anspruch mehr auf Prämienverbilligungen hat, verlangt der Versicherer bei ihm oder ihr die restliche Prämie, das heisst den Teil der Prämie, der nicht mehr durch die Prämienverbilligungen gedeckt ist.

2.6 Verordnung des EDI über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung

Das EDI hat die Verordnung über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (ResV-EDI; SR 832.102.15) am 6. September 2019 auf den 1. Januar 2020 geändert. Dabei wurde lediglich das elektronische Formular im Anhang der Verordnung geändert. Insbesondere die versicherungstechnischen Risiken, die Szenarien und die Marktrisiken werden angepasst.

Wir sehen vor, Ihnen das soweit geänderte Formular im Dezember zukommen zu lassen. Da die FINMA die Parameter, die auch in das Formular einfließen, erst im Januar 2020 aktualisiert, werden wir das definitive Formular für den Solvenzttest 2020 im Februar 2020 auf der Homepage des BAG aufschalten.

2.7 Anpassungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Am 1. Januar 2020 werden verschiedene Anpassungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) in Kraft treten. Die genauen Änderungen vom 2. Juli 2019 sowie die entsprechenden Kommentare finden Sie auf der BAG-Homepage:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte1.html>.

a) Anpassung der Pflegebeiträge

Um die mit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahre 2011 vom Gesetzgeber vorgesehene Kostenneutralität sicherzustellen hat das EDI die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Vergütung der Pflegeleistungen vor und nach der Neuordnung überprüft. Die Überprüfung hat ergeben, dass die Beiträge an die Pflegeheime um 6.7 % erhöht und diejenigen an die Pflege zu Hause um 3.6 % gesenkt werden müssen um sicherzustellen, dass die Vergütung der OKP vor und nach der Neuordnung gleichbleibt.

b) Stärkung der Kompetenz des Pflegepersonals

Neu ermittelt das Pflegepersonal bei Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege gemäss KLV den Pflegebedarf ohne ärztliche Mitwirkung. Die ärztliche Zustimmung ist neu nur noch bei der Bedarfsermittlung für Massnahmen der Behandlungspflege gemäss KLV erforderlich. Voraussetzung für die Bedarfsermittlung bildet die ärztliche Anordnung, welche bestimmt, ob die Patientin oder der Patient Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV resp. Leistungen der Akut- und Übergangspflege benötigt.

c) Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlung der Pflegeheime

Die heute im Bereich der Pflegeheime verwendeten Pflegebedarfsinstrumente messen den Pflegebedarf unterschiedlich. Dies kann dazu führen, dass identische Pflegesituationen je nach Instrument unterschiedlich eingestuft werden. Mit den neu vorgesehenen Mindestanforderungen an die eingesetzten Pflegebedarfsermittlungsinstrumente werden in Zukunft gleichartige Fälle unabhängig vom eingesetzten Instrument gleichmässiger eingestuft bzw. vergütet werden.

3 Veröffentlichung der Prämien nach Artikel 28 KVAV

Gemäss Artikel 28 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV; SR 832.121) muss der Versicherer die Prämien für alle von ihm durchgeführten Versicherungsformen veröffentlichen, wenn er – wovon vorliegend ausgegangen wird – den genehmigten Prämientarif veröffentlicht.

Diese Bestimmung dient der umfassenden Information der Versicherten. Damit diese den Versicherer und insbesondere auch das Versicherungsmodell in Kenntnis der Sache wählen können, müssen Versicherer, die sich für die Publikation des genehmigten Prämientarifs entscheiden, alle Versicherungsmodelle, Franchisen und Prämien im Angebot veröffentlichen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Versicherten Zugang zu allen anwendbaren Prämien haben.

Eine umfassende Information der Versicherten und der Zugang zu allen anwendbaren Prämien kann dabei nur verwirklicht werden, wenn die Versicherungsmodelle so veröffentlicht werden, wie sie beim BAG zur Genehmigung vorgelegt resp. bewilligt werden (und somit im offiziellen Prämienrechner des Bundes [www.priminfo.admin.ch] erscheinen). Dazu gehört, dass die Versicherer sämtliche angebotenen Versicherungsmodelle gleichwertig, vollständig sowie differenzierbar nach der Bezeichnung und den dazugehörigen Prämien veröffentlichen. Das beinhaltet insbesondere auch die transparente Deklaration der Preisunterschiede je Versicherungsmodell und der (dazugehörigen) Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer (z.B. mittels Liste der zugelassenen Leistungserbringer und Angabe ihrer Entfernung vom Wohnort der versicherten Person).

4 Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt

Wir möchten die Gelegenheit nutzen, die Krankenversicherer auf ihre Pflichten bei einem verspäteten Beitritt zur Krankenversicherung hinzuweisen.

Zuerst ist zu erwähnen, dass bei verspätetem Beitritt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts beginnt (Art. 5 Abs. 2 KVG).

Gestützt auf Artikel 5 Absatz 2 KVG sind die Krankenversicherer verpflichtet, bei einem verspäteten Beitritt, der nicht entschuldbar ist, von der versicherten Person einen Prämienzuschlag zu erheben. Der Versicherer muss also in einem solchen Fall jeweils prüfen, aus welchem Grund der Beitritt verspätet erfolgt ist, ob er als nicht entschuldbar oder entschuldbar zu beurteilen ist. Bei nicht entschuldbarer Verspätung muss die versicherte Person einen Zuschlag zu den monatlichen Prämien entrichten, die Erhebung eines einmaligen Beitrags ist nicht zulässig. In Artikel 8 Absatz 1 KVV werden die Erhebungsdauer und die Höhe des Prämienzuschlags geregelt. Der Zuschlag muss während der doppelten Dauer der Verspätung höchstens jedoch fünf Jahre lang erhoben werden und beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie. Der Versicherer hat den Zuschlag nach der finanziellen Lage der Versicherten festzusetzen. Hat die Zahlung des Prämienzuschlags eine Notlage für die Versicherten zur Folge, setzt der Versicherer einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest und trägt dabei der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessenen Rechnung. Die Versicherer sind also in jedem Fall eines nicht entschuldbaren verspäteten Beitritts verpflichtet, die konkreten, finanziellen Verhältnisse der versicherten Person abzuklären. Wenn eine Sozialhilfebehörde für die Prämien aufkommt, wird kein Prämienzuschlag erhoben (Art. 8 Abs. 2 KVV). Damit sich die versicherte Person dem Prämienzuschlag nicht entziehen kann, hat bei einem Wechsel des Krankenversicherers der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer den Prämienzuschlag im Rahmen der Mitteilung nach Artikel 7 Absatz 5 KVG anzuzeigen. Ein einmal festgelegter Prämienzuschlag bleibt auch für spätere Versicherer verbindlich (Art. 8 Abs. 3 KVV).

5 Ansprüche aus der europäischen Krankenversicherungskarte

Wir erhalten immer wieder Kenntnis davon, dass einzelne Krankenversicherer ihren Versicherten die Auskunft erteilen, dass Behandlungen in einem EU-/EFTA-Staat nur im Notfall übernommen werden. Deshalb möchten wir die Versicherer daran erinnern, dass die Ansprüche aus der europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) weitergehen als der Notfall. Hingegen sind die Kosten von Behandlungen in einem Land ausserhalb der EU/EFTA nur im Notfall zu übernehmen. Zudem möchten wir die Versicherer darauf hinweisen, dass sie die Kosten einer Geburt in einem EU-/EFTA-Staat in der Regel übernehmen müssen.

Gemäss Artikel 19 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Versicherte, die sich in einem anderen als dem zuständigen Staat aufhalten, Anspruch auf die Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistung und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Gemäss Artikel 25 Absatz 3 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zählen zu den Sachleistungen diejenigen, die im Aufenthaltsmitgliedstaat nach dessen Rechtsvorschriften erbracht werden und sich als medizinisch notwendig erweisen, damit die versicherte Person nicht vorzeitig in die Schweiz zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten.

Nach dem Beschluss Nr. S3 vom 12. Juni 2009 des Europäischen Parlaments und des Rates (abrufbar unter: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/ALL/?uri=CELEX:32010D0424\(10\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/ALL/?uri=CELEX:32010D0424(10))) ist Artikel 25 Absatz 3 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 so auszulegen, dass im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt erbrachte Sachleistungen unter diese Bestimmung fallen. Wenn sich also eine Versicherte z. B. zum Zweck des Familienbesuchs oder der Inanspruchnahme familiärer Hilfe in einem EU-/EFTA-Land aufhält, dann hat der Krankenversicherer die Kosten der Geburt über die EKVK zu übernehmen. Sprechen jedoch bei der Beurteilung eines Einzelfalls verschiedene Indizien dafür, dass die Geburt in einer speziellen Klinik der eigentliche Zweck des Aufenthalts war, können die Kosten abgelehnt werden.

6 Neues internationales Sozialversicherungsabkommen

Das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kosovo über soziale Sicherheit ist am 1. September 2019 in Kraft getreten (SR 0.831.109.475.1). Es gilt für die Bereiche AHV und IV. Die Entsendedauer beträgt fünf Jahre. Auf die Krankenversicherung hat es nur eine indirekte Wirkung. Bei entsandten Arbeitnehmenden und ihren nichterwerbstätigen begleitenden Familienangehörigen aus der Schweiz nach Kosovo beträgt die Weiterdauer der Krankenversicherung in der Schweiz fünf Jahre (Art. 4 Abs. 4 KVV). Sind diese Personen im Kosovo obligatorisch krankenversichert, können sie auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden (Art. 2 Abs. 2 KVV). Aus Kosovo in die Schweiz entsandte Arbeitnehmende und ihre nichterwerbstätigen begleitenden Familienangehörigen sind in der Schweiz krankenversicherungspflichtig. Sie können sich gestützt auf Artikel 2 Absatz 5 KVV von dieser Pflicht befreien lassen.

Die Internetseite (www.bag.admin.ch > Gesetze & Bewilligungen > Gesetzgebung > Versicherungen > Gesetzgebung Krankenversicherung > Internationale Sozialversicherungsabkommen > Weitere Abkommen) sowie die Tabelle „Überblick über die internationalen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz“ werden demnächst entsprechend angepasst.

Wir danken Ihnen für die angenehme Zusammenarbeit im 2019 und senden Ihnen unsere besten Wünsche für das neue Jahr!

Freundliche Grüße

Abteilung Versicherungsaufsicht

Die Leiterin



Helga Portmann